

MANEJO DA OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA PERIFÉRICA

**Bruno Grund Frota
Robinson Zamproga
Luiza Machado Kobe
Mateus Recuero Lopes**

UNITERMOS

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

KEYWORDS

PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE

SUMÁRIO

Diante de uma obstrução arterial aguda periférica, a classificação do paciente estratifica o risco de acordo com o grau de oclusão em uma investigação inicial. A história clínica e um exame de imagem esclarecem o diagnóstico e orientam a conduta adequada.

SUMMARY

In the event of an acute limb ischemia, the clinical categories of ischemia stratifies the risk in accordance to the degree of occlusion in a preliminary investigation. The clinical presentation and a vascular imaging clarifies the diagnosis and the appropriate management.

INTRODUÇÃO

A obstrução arterial aguda periférica é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo encontrada em pacientes portadores de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e de cardiopatias. Estima-se que sua incidência seja de 14 por 100.000 pessoas por ano, tendo sua abordagem inicial suma importância no que se refere ao conforto do paciente e à preservação da extremidade¹.

INVESTIGAÇÃO E CONDUTA

Uma emergência vascular muito encontrada é a obstrução arterial aguda periférica definida como qualquer redução súbita ou piora da perfusão da extremidade, causando ameaça à viabilidade do membro. Normalmente se

apresenta com sintomatologia de dor, palidez, ausência de pulso, poiquilodermia, parestesia e paralisia de início súbito ocasionada por uma embolia (15%) ou trombose in situ (85%) - esses sinais não têm muito especificidade². Entretanto, um portador de DAOP crônica com doença aterosclerótica estenótica desenvolve vasos sanguíneos colaterais ao longo de sua enfermidade, que suprem o tecido isquemiado, e nesses pacientes os sintomas não serão tão exuberantes. Existem também outras causas menos frequentes de eventos agudos como trauma, aneurisma periférico, dissecação arterial, trombose de enxertos e reconstruções e causas iatrogênicas².

Quando a oclusão é ocasionada por embolia, os vasos podem estar livres de aterosclerose; os sintomas tornam-se súbitos pela ausência de circulação colateral. Durante a anamnese, informações importantes como histórico de claudicação intermitente (presente em 40% dos pacientes com obstrução arterial aguda periférica)³, desordens cardíacas ou de tratamento intervencionista nos ajudam a elucidar o diagnóstico. As fontes mais comuns de êmbolos para os membros inferiores são decorrentes de cardiopatias: 80% dos eventos são ocasionados por fibrilação atrial³, seguido de infarto agudo do miocárdio com trombo mural, aneurisma ventricular, endocardite infecciosa, entre outros, que acometem a bifurcação principalmente da artéria femoral, ilíaca e poplítea e locais de estreitamento. Outra maneira de obstrução arterial aguda é devido a trombose in situ por uma instabilidade de uma placa aterosclerótica, frequentemente acometendo a artéria femoral superficial e a artéria poplítea⁴.

A musculatura dos membros inferiores é mais resistente à isquemia do que outras regiões do organismo. O miocárdio, por exemplo, evolui para o infarto após 17 a 20 min, já o sistema nervoso suporta de 4 a 8 minutos. No membro inferior, as alterações isquêmicas podem persistir de 5 a 6 horas sem perda da extremidade⁵.

Primeiramente, o sintoma referido será a dor e a falta de função do membro. A intensidade e duração da dor, assim como a presença de sintomas motores e sensoriais, são decisivos no momento da conduta: revascularização de urgência. A evolução para anestesia, rigidez muscular e dor à movimentação passiva do membro são sinais de isquemia crítica com indicação imediata de revascularização².

Para uma abordagem inicial, separamos a situação em três categorias: membro viável, sem necessidade de tratamento imediato, chamado de categoria I; membro ameaçado (MA) e membro ameaçado com necessidade de revascularização imediata (MARI), chamados de categorias IIA e IIB, respectivamente; membro com isquemia irreversível, que apresenta alteração neurológica ou grande perda de tecido, chamado de categoria III. Essas categorias são divididas de acordo com a gravidade dos seguintes sintomas:

perda sensorial, fraqueza muscular e sinal de Doppler arterial e venoso que pode se apresentar como inalterados, diminuídos ou ausentes (tabela 1). Independentemente da situação, a importância da conduta inicial é dar um maior conforto ao paciente e uma maior chance de diminuir morbidade através de primeiramente analgesia e anticoagulação, pois o manejo definitivo deve ser feito por um cirurgião vascular².

Tabela 1

| Categorias | Descrição | Perda sensitiva | Fraqueza muscular | Doppler arterial | Doppler venoso |
|--------------------------|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| I. Viável | Não necessita tratamento imediato | Não há | Não há | audível | audível |
| IIA. MA | Bom prognóstico se prontamente tratado | Mínimo ou não há | Não há | Frequentemente inaudível | audível |
| IIB. MARI | Bom prognóstico se revascularização imediata | Perda sensorial e dor ao repouso | Leve a moderada | Normalmente inaudível | audível |
| III. Irreversível | Perda de tecido muscular e nervoso | Anestesia | Paralisia | inaudível | inaudível |

Adaptado de Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. Jan 2007; 41

Na suspeita diagnóstica pelo quadro clínico do paciente, a anticoagulação profilática com 80UI/kg *in bolus* mais uma dose de manutenção com 18UI/kg em bomba de infusão contínua até manter o RNI em 2 a 2,5 deve ser imediata (exceto em casos de contra indicações) para impedir que o processo tromboembólico se propague⁶. Em seguida, deverá ser avaliado o grau de obstrução, se possível, através de um Doppler portátil para confirmar sinais de fluxo arterial e venoso⁶. Se classificado como categorias I ou IIA (formas mais brandas) pedimos um exame de imagem mais específico. Pode se optar pela arteriografia, angiotomografia computadorizada ou pela angioressonância magnética, ambos com acurácia semelhante. Logo após, esses pacientes poderão ser submetidos à terapia trombolítica direcionada por cateter. Muitos destes serão candidatos a revascularização após esta terapêutica inicial. Entretanto, a magnitude e a complexidade do procedimento serão menores naqueles que fizeram uso do trombolítico².

Nos casos de categoria IIB, em sua maioria causado por êmbolos, danos irreversíveis podem acontecer antes mesmo de 4 a 6 horas, tornando, portanto, a trombólise farmacológica ineficaz em relação à cirurgia. A revascularização é imediata com embolectomia cirúrgica, seja por cateter ou por arteriotomia. A arteriografia é o exame padrão ouro para diagnóstico devido a sua capacidade de visualizar a localização e tamanho da obstrução, podendo ser a primeira escolha em paciente com alta probabilidade pré teste de se beneficiar com tratamento transcater. Já nas isquemias irreversíveis, categoria III, o manejo é de conforto imediato para o paciente e amputação do membro⁶.

O trombolítico utilizado intratrombo passa a ser o tratamento de escolha, tanto em paciente com membro viável (categoria I) quanto com membro ameaçado (categoria IIA), após diagnóstico por imagem como arteriografia, por exemplo. Mesmo nestes, a necessidade de revascularização pode estar presente. O trombolítico endovenoso não está sendo mais recomendado na atualidade devido a intercorrências clínicas e maior incidência de complicações hemorrágicas².

Em resumo, o papel do médico emergencista é o diagnóstico precoce através da anamnese e exame físico, se possível, com o auxílio do *Doppler*. A partir desse ponto, cabe o início da anticoagulação com heparina imediata *in bolus* e contínua, hidratação endovenosa, analgesia e monitorização dos sinais vitais até a presença do cirurgião vascular, o qual abordará o tratamento definitivo seja por via hemodinâmica (com trombolítico ou com endopróteses) ou por cirurgia.

CONCLUSÃO

Os índices de mortalidade alcançam entre 15-20% e a presença de morbidades como sangramento, amputação, síndrome compartimental e insuficiência renal varia entre 5 a 25%⁷. Portanto, o sucesso no manejo da obstrução arterial aguda periférica está na intervenção precoce, além de uma prevenção secundária nos pacientes com DAOP e cardiopatias.

REFERÊNCIAS

1. Dormandy J, Heeck L, Vig S. "Acute limb ischemia". *Semin Vasc Surg*. Junho 1999; 12(2): 148–53.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg*. Jan 2007;45 Suppl S:S5-67.
3. Duda NT, Tumelero RT, Tognon AP. Tratamento percutaneo das oclusões arteriais agudas periféricas. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2005; 13(4):301-306
4. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force et al. 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease). *Vasc Med*. Dez 2011;16(6):452-76.
5. Sabiston DC. *Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 18ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2010. p. 1697-1825.
6. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*. 2001; 286:1317–1324
7. Burns P, Gough S, Bradbury AW, et al. "Management of peripheral arterial disease in primary care". *BMJ*. Março 2003; 326(7389):584–8